

Fecha   

## **SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A BIENESTAR**

### **1.- ANTECEDENTES PERSONALES:**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CEDULA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CENTRO DE COSTO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### **2.- CARGAS FAMILIARES (DEBIDAMENTE RECONOCIDAS EN LA ARAUCANA)**

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

**AFIRMO CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR- COMUDEF Y AUTORIZO EL DESCUENTO POR PLANILLA EN LOS APORTES ORDINARIOS Y/O EXTRAORDINARIOS, ADEMÁS DE LOS QUE SE ORIGINEN POR COMPROMISOS O PRESTACIONES OTORGADAS POR BIENESTAR - COMUDEF. ADEMÁS AUTORIZO A MI EMPLEADOR, PARA QUE DESCUENTE DE LOS HABERES DE MI FINIQUITO EL SALDO QUE ADEUDO POR BENEFICIOS SOLICITADOS AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR, EN CASO DE TÉRMINO DE MI RELACIÓN LABORAL CON LA CORPORACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado (A)